

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N° 140

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 14 janvier 1904, à 1 heure

PAR

Adolphe MAURER

Ancien externe des Hôpitaux
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

Des différents degrés de Conservation

DE L'ACTIVITÉ INTELLECTUELLE

Dans les Délires systématisés

(Paranoïa)

Président : M. JOFFROY, professeur.

*Juges : MM. RAYMOND et HUTINEL, professeurs,
DUPRÉ agrégé.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses
parties de l'enseignement médical*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	P. POIRIER
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	CHANTEMESSE.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Clinique médicale.....	DEBOVE.
	LANDOUZY.
Maladie des enfants.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	RAYMOND
	TERRIER.
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAX.
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	BUDIN.
Clinique gynécologique.....	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile.....	POZZI.
	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
ACHARD	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
AUVRAY	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BESANÇON	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BONNAIRE	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (Aug.).	GUIART	POTOCKI	WALLICH
BROCA (André)	HARTMANN	REMY	WALTHER
CHASSEVANT	JEANSELME	RENON	WIDAL
CUNEO	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DEMELIN	LAUNOIS	RIEFPEL (chef.	
DESGREZ	LEGREY	des travaux anat.)	
DUPRE			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

A MON FRÈRE GUILLAUME MAURER

*Permets-moi, mon cher frère, de te
dédier ce travail comme témoignage
de ma profonde reconnaissance.*

A MONSIEUR LAZARD CAHEN

Hommages respectueux

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR RECLUS
(Hôpital Laënnec).

MONSIEUR LE DOCTEUR LANDRIEUX
(Hôpital Lariboisière).

MONSIEUR LE DOCTEUR DENY
(Hospice de la Salpêtrière).

MONSIEUR LE DOCTEUR TRUFFIER
(Hôpital Lariboisière).

MONSIEUR LE DOCTEUR ROGER
(Hôpital de la Porte d'Aubervilliers).

MONSIEUR LE DOCTEUR DREYFUS-BRISAC
(Hôpital Lariboisière).

MONSIEUR LE DOCTEUR BONNAIRE
(Hôpital Lariboisière).

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. ROY
Chef de clinique à la Faculté de Paris.

Hommages respectueux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOFFROY

Des différents degrés de Conservation
DE
L'ACTIVITÉ INTELLECTUELLE
Dans les Délires systématisés (Paranoïa)

INTRODUCTION

C'est une question qui a été débattue à plusieurs reprises, de savoir si la folie est compatible avec une conservation notable de l'intelligence.

Posé sous cette forme, le problème nous semble résolu par l'affirmative ; mais ce n'est là qu'une solution imprécise et incertaine.

A coup sûr, certains délirants peuvent présenter pendant longtemps des troubles partiels localisés au jugement. Il arrive fréquemment que les visiteurs d'un asile d'aliénés, pour peu qu'ils ne soient guère exercés en psychiatrie, restent surpris d'une

répartie plus ou moins spirituelle ou de l'enchaînement logique des réclamations formulées en un langage correct par ceux qu'on leur présente comme des malades.

Notre travail a pour but de rechercher si, sous cette impression passagère et peu rigoureuse d'un visiteur peu exercé, il y a des faits scientifiquement observés qui la justifient, au moins en partie.

En d'autres termes, nous voulons rechercher non plus s'il y a « des fous » qui restent « intelligents » mais s'il y a « des délirants » qui ne deviennent jamais « déments ».

Le type de délirant chronique à évolution prolongée est celui qui se prête le mieux à cette étude, par la conservation, au milieu du délire plus ou moins systématisé, des facultés logiques.

En France ces malades sont dits atteints de délire chronique systématisé ; à l'étranger, et particulièrement en Allemagne, ils sont dits atteints de « paranoïa ». Ce dernier terme, d'un emploi encore assez peu classique en France, nous avons tenu à le rapprocher dans le titre de notre travail, quoique l'expression française à peu près équivalente soit plus expressive et mieux caractérisée.

Avant d'aborder directement le problème des rapports des délires systématisés avec la démence, qui fera l'objet de la seconde partie de notre étude, il nous paraît indispensable de préciser dans une première partie le sens exact de deux termes employés, « la démence et les délires systématisés ».

Dans cette première partie, nous nous tiendrons le plus possible en dehors des discussions qui n'ont qu'un intérêt terminologique pour ne retenir que les grandes théories classiquement admises en France ou à l'étranger.

Enfin, dans une troisième partie, nous reproduirons quelques observations empruntées pour la plupart au service de la clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine de Paris, et dont nous sommes redevable à l'extrême obligeance de M. le professeur Joffroy.

De leurs études, il ne nous restera plus qu'à tirer quelques conclusions, susceptibles, croyons-nous, de justifier pleinement une théorie éclectique.

M. le Professeur Joffroy a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous sommes très sensible à cet honneur et nous tenons à lui adresser nos très sincères et respectueux remerciements.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I

La démence.

Pour les juristes le mot *démence* a la même signification que dans le langage courant, c'est-à-dire qu'il est plus ou moins synonyme du mot « folie ». Ainsi l'atteste la rédaction des articles 489 du Code civil et 64 du Code pénal.

L'article 489 du Code civil dit : « Les causes de l'interdiction sont au nombre de trois, l'imbécillité, la démence et la fureur ».

Code pénal, article 64 : « Il n'y a ni crime, ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il y a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister ».

Pour les psychiatres le terme de « *démence* » a une

« compréhension » beaucoup plus précise et une « extension » beaucoup plus restreinte. En effet, parmi les malades qui présentent de l'affaiblissement plus ou moins généralisé des facultés intellectuelles, on distingue des cas où cette insuffisance psychique est « congénitale », par suite d'un arrêt de développement, et des cas où cette même insuffisance est « acquise » par paralysie mentale pour ainsi dire.

C'est dire que l'on pourrait opposer l'un à l'autre les deux termes de « démence » et de « délire », ce dernier étant caractérisé par la « perversion » du jugement, affaibli ou non. C'est, en d'autres termes, « que la démence peut ne s'accompagner d'aucune conception délirante », comme il arrive, par exemple, dans certains cas de mélancolie simple (troubles primaires de l'affectivité), ou encore dans certains cas de démence sénile caractérisée par un simple affaiblissement global de toutes les facultés intellectuelles. Réciproquement « le délire peut-il ne s'accompagner d'aucun affaiblissement dementiel des faculté mentales ? Telle est la question que précisément nous voulons aborder dans ce travail.

Il ne n'est pas douteux que certains malades se présentent avec les conceptions délirantes nullement incohérentes, bien systématisées bien coordonnées, logiquement enchainées. Et il ne ne s'agit pas là d'exceptions, mais de cas observés très couramment dans la pratique journalière. Mais la question qui se pose est de savoir ce que deviennent de tels malades et quel avenir leur est réservé. Il s'agit, en effet, le plus souvent, non pas d'un

délires éphémères, mais d'une organisation psychique défectueuse depuis longtemps et qui persiste de même pendant un temps fort long. Ces malades restent de longues années dans des asiles d'aliénés, il n'est pas rare de voir des persécutés rester employés comme malades travailleurs dans un même asile pendant 20-30 ans. Après une durée aussi longue et sans parler de l'objection secondaire de la contagion possible, résultant du milieu dans lequel séjournent ces malades, on peut se demander si leurs troubles mentaux gardent alors les mêmes qualités de systématisation de cohérence, dans l'enchaînement logique qu'ils avaient au début. Après 20-30 ans d'internement, leurs troubles mentaux restent-ils des troubles localisés du jugement, ou bien ont-ils gagné les autres facultés intellectuelles et ces malades, qui pouvaient en imposer au début et qu'on pouvait déclarer « intelligents », sont-ils devenus « des fous » pour tout le monde, incapables désormais de contagionner les plus débiles ?

Nous verrons au deuxième chapitre que ce problème qu'on pourrait croire d'un intérêt très local, a reçu en France et à l'étranger des solutions très différentes suivant les auteurs, et qui entraînent un bouleversement complet des classifications psychiatriques générales, suivant la théorie adoptée. Sans anticiper sur nos conclusions, il nous sera permis de faire observer dès maintenant une cause d'erreur, ou tout au moins des divergences, parmi les différents

auteurs et qui tiennent au sens exact prêté au mot même de démence.

En effet, nous avons défini la démence d'accord avec l'unanimité des psychiatres français et étrangers, l'affaiblissement global et acquis des facultés psychiques. Mais qui ne voit la difficulté qu'il pourra y avoir dans certains cas à affirmer la généralisation de cet affaiblissement psychique.

Certains cas de démences précoces avérées et typiques gardent parfois une conservation remarquable des souvenirs de la mémoire ; et nous avons vu M. le Professeur Joffroy présenter, dans une de ses leçons cliniques, un hébéphrénique avec collectionisme qui restait capable de réciter sans faute de longues tirades poétiques. Pourtant ce seul symptôme du collectionisme suffit bien, dans ce cas particulier, à affirmer la réalité d'une démence profonde et incurable.

Dans des cas semblables nous pensons que la persistance, au moins apparente, d'une seule faculté intellectuelle ne suffit pas à écarter le diagnostic qui s'impose de démence.

Mais, d'autre part, on peut concevoir des cas où l'affaiblissement des facultés intellectuelles est assez peu accentué pour que deux observateurs de bonne foi, mais de doctrines différentes, affirment ou nient la démence chez un même malade.

Où commence en effet la démence ? Quels en sont les signes précoces et pathognomiques ? Ce sont là des questions qu'il suffit d'énoncer pour montrer la

difficulté qu'il y aurait pour y répondre d'une manière certaine et inattaquable. Où commence la fièvre ? où commence la maladie ? Combien faut-il de pulsations par minute pour affirmer irrécusablement l'existence d'un état fébrile ? Quels sont les signes précoces et pathognomiques de l'état morbide ? Ce sont là des questions parallèles et analogues à celles énoncées ci-dessus, auxquelles il est également impossible de répondre avec certitude.

Il y a, entre l'équilibre psychique et le déficit intellectuel, entre l'état apyrétique et l'état fébrile les mêmes et aussi imprécises frontières qu'entre l'état sain et l'état morbide.

Si peu originale que soit cette proposition, il nous semble qu'il n'était pas superflu de l'énoncer ici, pour montrer la difficulté qu'il y aura dans certains cas, à affirmer ou non la démence. Dans chacune des observations que nous reproduirons à la fin de notre travail, le même problème se posera, et tel vieux délirant interné depuis de longues années pourra nous paraître à peine affaibli qui, pour d'autres, serait, à n'en pas douter, arrivé à la période de démence. Ce sont là des différences d'interprétation doctrinale, qui persisteront nécessairement, tant qu'on n'aura pas quelque signe clinique, véritable critérium de la démence, ou quelques lésions anatomo-pathologiques qui soient caractéristiques de cet état.

Pratiquement, nous retiendrons seulement de ces différentes considérations, que certaines malades peuvent présenter des degrés variables d'affaiblisse-

ment psychique qu'on hésitera à qualifier de « dément » dans la forme légère, pour leur réserver plutôt le terme le plus atténué de simple « affaibli ».

Cette distinction, si artificielle qu'elle puisse paraître, en l'absence d'une sorte de thermomètre destiné à apprécier le niveau intellectuel, répond néanmoins à la réalité clinique et garde ainsi une certaine valeur pratique.

CHAPITRE II

Délires systématisés.

Paranoïa et Etats paranoïdes.

Le terme de « Paranoïa » a reçu des acceptions bien différentes suivant les pays et les auteurs qui l'ont employé. Il nous paraît que l'étymologie bien comprise suffit à elle seule à lui donner un sens très précis et relativement restreint : *παρὰ, νοεῖν*, c'est-à-dire penser de travers.

Tous les aliénés ne pensent pas de travers et ce sont les seuls « délirants » qui rentrent dans cette catégorie. En outre, les paranoïaques, d'après l'étymologie, sont des délirants, qui ne sont rien autre que des délirants ; c'est dire qu'il ne sont pas déments, et que leur délire n'est pas greffé sur un fond d'affaiblissement intellectuel congénital ou acquis.

Si les paranoïaques présentent ainsi des troubles relativement localisés du jugement, il s'ensuit que leur délire sera semblable à ceux qui s'accompagnent de la conservation des facultés logiques, c'est-à-dire, que le délire paranoïaque, le plus souvent et presque nécessairement, est un délire bien systématisé.

Sans forcer outre mesure l'étymologie stricte du terme, on peut y trouver ainsi les trois caractères fondamentaux qui justifient l'emploi et la conservation du mot « paranoïa » :

I. *Délire* ;

II. *Délire exclusif*, c'est-à-dire sans affaiblissement intellectuel ;

III. *Systématisation de ce délire*.

A la lumière de cette étymologie, nous pouvons maintenant rechercher quelles variantes les différents auteurs français et étrangers ont fait subir au terme dont nous venons d'essayer de retrouver le sens primitif et originaire.

Pour montrer l'extrême confusion qui règne à cet égard dans les différentes classifications psychiatriques, il nous suffira de rappeler quelques-uns des synonymes français ou étrangers qui ont été opposés au terme de paranoïa, et de montrer quels syndromes de la psychiatrie française ancienne et moderne, pourraient à la rigueur être désignés par ce terme :

Etrangers :

Primære Verrückheit (Griesinger) ;

Paranoïa universalis (Arndt) ;

Chronischer Wahnsinn (Schüle) ;

Paranoïa originaire (Sander) ;

Paranoïa originaire (Krafft-Ebing) ;

Paranoïa et démence paranoïde (Kræpelin) ;

Français :

- 1° Monomanie intellectuelle (Esquirol);
- 2° Délire de persécution (Lasègue);
- 3° Délire partiel ou folie systématisée (Morel);
- 4° Délire de persécution avec idées ambitieuses (Foville);
- 5° Délire des persécutés persécuteurs (Fabret);
- 6° Délire chronique à évolution systématique progressive (Magnan);
- 7° Délire systématisé unique sans tendances évolutives;
- 8° Délires primaires multiples, polymorphes, sans évolution déterminée, durables;
- 9° Délires d'emblée et courts des héréditaires, dégénérés;
- 10° Délire de persécution avec auto-accusation.

Tels sont quelques-uns seulement des synonymes et équivalents terminologiques de la paranoïa. Leur nombre suffit à montrer l'extrême confusion qui règne dans la psychiâtrie française ou étrangère. Et nous ne parlons que pour mémoire de l'emploi du terme de « paranoïa » dans *Phædrus* (*Le Phèdre*), de Platon, où il est employé dans le même sens que *ῥαζυζ* ou dans Aristote, qui lui donne la même signification.

Pour en rester à la période contemporaine, et sans vouloir reprendre ici la description de toutes les formes cliniques, plus ou moins solidement établies, que nous avons énumérées ci-dessus, nous nous contenterons de résumer brièvement les quatre

principales doctrines contemporaines de la « paranoïa » :

- 1° La doctrine de la paranoïa de Krafft-Ebing ;
- 2° La doctrine du délire chronique par M. Magnan ;
- 3° La doctrine de la paranoïa et de la démence paranoïde par Kræpelin ;
- 4° La doctrine de M. le Professeur Joffroy.

I. — La Paranoïa d'après Krafft-Ebing

Le développement de la maladie est, dans la plupart des cas, successif pour ainsi dire, se forme en parasite sur la personnalité anormale, et par ce fait échappe ordinairement à l'observation.

Krafft-Ebing décrit 3 stades à la maladie :

I. — Stade d'incubation, stade prodromotique ; des impressions provenant de la sphère intellectuelle inconsciente du malade et de son individualité se joignent aux perceptions, en elles-mêmes justes, qu'il recueille du monde extérieur : elles y accourent par attraction ; derrière les phénomènes, il aperçoit, cherche quelque chose qui n'appartient pas du tout à ces phénomènes.

Comme le malade ne se rend pas compte de l'origine de ces fictions, les rapports particuliers qu'il attribue à ce qu'il a perçu lui paraissent des faits acquis et, comme tout ce qui se rattache à la perception vient du malade même, il rapporte tout à sa propre personne. Les émotions occasionnelles de consternation ou d'excitation ne sont pas primaires, mais secondaires. Par moment, la logique est encore

capable de corriger ou rectifier ces fictions, mais toujours et toujours le faussement de la pensée revient et se reproduit. L'imagination montée et l'attention plus tendue aident à cette erreur, des incidents de hasard confirment le soupçon.

Il ne s'agit pas d'un travestissement du monde extérieur amené par la réflexion et par des illusions, comme cela résulte de l'état d'esprit morbide du mélancolique et du maniaque, mais bien des fictions venant d'un fondement organique et inconscient et se liant aux perceptions du monde extérieur.

Par ce fait, ces perceptions, ainsi que les propres idées du malade, apparaissent avec le même caractère. L'activité inconsciente de l'âme continue à tisser ces fils de la pensée et permet aux suppositions de mûrir et de devenir des idées délirantes primordiales.

II. — *Période d'état.* — Caractérisée par la formation des idées délirantes, est rarement brusque et s'accomplit rarement avec des phénomènes orageux (accès d'angoisse, de crampe, hallucination s'imposant en foule et représentant un véritable délire hallucinatoire); elle est dans la plupart des cas progressive, de façon que les fictions inconscientes qui se développent deviennent d'abord des perceptions illusoire, jusqu'à ce qu'un incident surprenant, bien que dû au simple hasard, transforme d'un coup la supposition en certitude et que, c'en soit fait de la faculté et de réflexion.

Tout est interprété selon les circonstances dans un

sens hostile ou favorable à l'individu. On observe dans ce stade un délire de transformation générale : tout est changé et contrefait. (Délire métabolique de Mendel).

Le mode d'origine des idées délirantes est en partie le résultat d'un processus d'excitation directe dans les cellules de la pensée, en partie une excitation des nerfs organiques périphériques, qui sans arriver jusqu'à la claire conscience excitent pourtant les cellules de la pensée ; de même les centres psycho-sensoriels provoquent des représentations délirantes correspondantes (par exemple : sexuelles, hypochondriaques), ou des hallucinations. Le malade n'arrive pas à avoir conscience de ces faits qui se produisent dans le mécanisme de sa vie intellectuelle inconsciente ; il n'en a connaissance que par un détour, par voie indirecte, sous forme d'hallucinations et de délires primordiaux.

Dans le premier moment, ces créations produisent un effet surprenant, pour ainsi dire stupéfiant.

Mais le malade se les assimile bien vite ; elles agissent sur lui avec une obsession remarquable, comme une vérité absolue. La motivation n'a lieu que tard ou pas du tout. En présence des constatations, le malade invoque ce qu'il croit un fait réel.

Souvent au début, les délires primordiaux tirent leur origine de l'activité créatrice qui s'accomplit dans la demi-somnolence et dans le délire, de même que des faits vus dans des rêves ou des délires antérieurs sont reproduits, et peuvent être utilisés.

C'est cette origine qui explique en partie le caractère baroque, romanesque et fantasque des idées délirantes. La source la plus importante pour la création et le développement des idées délirantes se trouve cependant dans les hallucinations qui ne manquent presque jamais à l'apogée de la maladie. Les excitations de la conception qui les font éclater appartiennent également à la sphère inconsciente, et les hallucinations sont pour la conscience étrangères, surprenantes, incompréhensibles, comme c'est le cas pour les délires primordiaux à leur début.

Aux stades plus avancés de la maladie, les pensées conscientes même peuvent se transformer en voix.

D'accord à ce sujet avec Saint, nous trouvons que les hallucinations auditives sont plus fréquentes et les plus importantes, ensuite viennent les hallucinations tactiles, visuelles, et celles du goût et du sens olfactif. On doit signaler comme particulièrement intéressant le fait que, malgré tout, les nuances individuelles, la nature des idées délirantes primordiales est essentiellement la même chez tous les malades. Les idées délirantes, en ce qui concerne leur nature, sont basées sur un préjudice ou un avantage dans la position sociale du malade. Délire de persécution et délire des grandeurs. Les délires des persécutions sont beaucoup plus fréquents que les délires des grandeurs ; ces deux délires primordiaux peuvent se rencontrer consécutivement ou simultanément dans le même tableau morbide où ils peuvent subsis-

ter chacun seul à part. Quand le délire débute par la monomanie de la persécution, souvent des idées de grandeur viennent s'ajouter au cours de la maladie avec une telle puissance et en si grand nombre qu'elles refoulent presque complètement le délire de persécution. Le persécuté devient un personnage illustre ; les deux rameaux du délire seront alors à peu près unis en corrélation logique et, bien que le délire secondaire prédomine, le délire se manifeste partout par moments au cours de la maladie. Comme signes précurseurs, d'une transformation future se montrent de bonne heure les délires primordiaux des grandeurs tout à fait brusques et disparaissant aussi vite qu'ils sont apparus, en même temps que les hallucinations correspondantes.

Quand la paranoïa débute avec délire des grandeurs prédominantes, aucune transformation n'a lieu, mais les idées primordiales de persécution peuvent se rencontrer épisodiquement et occasionnellement. Comme phénomène réactionnel secondaire, il se produit des émotions violentes qui, selon la nature des délires, se manifestent par l'angoisse, des explosions de désespoir ou comme émotions d'enthousiasme pouvant aller jusqu'à l'extase. Les explosions de désespoir peuvent être annotées par de violentes sensations précordiales. Parfois des émotions d'angoisse se produisent spontanément, c'est-à-dire à la suite d'une cause organique. La marche chronique se fait souvent par des soubresauts (Westphal). Les exacerbations vont souvent de pair avec des symp-

tômes nettement somatiques (états d'excitation et de flux cérébral avec insomnie, salivation) ou aussi avec des symptômes psychiques (absorption, rêveries allant jusqu'à l'extase, paralysie ayant la forme de la stupeur, confusion hallucinatoire avec délire en foule, états d'agitations du genre de la frénésie avec actes impulsifs, conceptions et mouvements obsédants, verbigération, etc.) Dans ces états où l'activité de la sphère inconsciente prédomine, des nouvelles séries d'idées délirantes se forment : un fait très important pour l'appréciation du cas clinique et de son évolution, mais qui jusqu'ici a été trop peu pris en considération, c'est la présence des psychoses, avec allure toute autre dans la marche de la maladie.

Krafft-Ebing dit qu'il a vu se développer à plusieurs reprises de la démence paralytique, l'aliénation mentale alcoolique et l'épileptique n'est pas rare non plus dans ce cas : puis on note des formes périodiques, de la mélancolie épisodique et de la vésanie.

III. — *Evolution et stade terminal.* — « La paranoïa
« est un état de faiblesse psychique qui cependant
« se manifeste plutôt par une indifférence morale
« que par des défauts intellectuels, et laisse dans
« tous les cas à peu près intacts les anciennes capacités artistiques ou professionnelles de ces malades de même que leur faculté de juger et de conclure.

« Ces persécutés, héros ou divinités, ces majestés

« des asiles restent souvent jusqu'à la fin de leur vie
« des artisans et des laboureurs très appréciés au
« service de l'asile, qui pour eux est devenu une
« seconde patrie : ils sont d'autant plus capables de
« faire leur ouvrage que les idées délirantes s'effacent
« successivement, que leurs hallucinations devien-
« nent de plus en plus rares et que toutes deux per-
« dent leur pouvoir de produire des émotions.

« Dans tous les cas il n'est pas dans la marche de
« la maladie de mener à la démence.

« Quand les paranoïques tombent dans la
« démence, il s'agit sans doute de complications.

« La démence est ici la conséquence de l'expression
« de la sénilité précoce ou des excès alcooliques ou
« masturbatoires ou bien elle est le dénouement des
« psychoses de complications » (Reproduit *in*
extenso (Krafft-Ebing).

Cette affection qui se développe et marche lente-
ment, des mois et des années, avant d'arriver à son
apogée, restera souvent stationnaire, ne se termi-
nera jamais par la démence, fin des psycho-névroses
incurables. Sur un millier de cas se rapportant à des
observations cliniques et anatomo-pathologiques,
Krafft-Ebing dit que l'absence des processus anat-
omiques grossiers pourrait peut-être expliquer le
fait que la maladie ne va pas jusqu'à la démence et
qu'elle laisse intacte le mécanisme de la formation
des jugements et des conclusions.

Le pronostic, d'après Krafft-Ebing, ne comporte
jamais de guérison, mais des intervalles lucides, sur-

tout au commencement de la maladie, d'une durée éphémère, souvent des rémissions durables, pendant lesquelles les symptômes de la maladie, idées délirantes, illusions, étaient latentes. Et si on remarque des rémissions pareilles, il faut bien se garder d'affirmer la guérison, car ces malades deviendront au bout d'une ou plusieurs années de nouveaux paranoïaques. La maladie reprend sa marche là où elle était interrompue.

Il faut encore éviter de confondre la rémission avec une dissimulation très habile de la part du malade.

II. — Le Délire chronique d'après Magnan.

Bien que Lasègue ait décrit une forme typique du délire de persécution à évolution systématique, bien que Falret ait distingué dans le délire partiel, considéré d'une manière générale, les trois phases successives d'incubation, de systématisation, de délire stéréotypé, c'est incontestablement à Magnan que revient le grand honneur d'avoir isolé, en une description magistrale et si précise qu'aujourd'hui encore il n'y a pour ainsi dire rien à y ajouter, la forme morbide à laquelle il a donné le nom de délire chronique.

De même que nous verrons que les vrais paranoïaques seraient, d'après Kræpelin, en très petit nombre, de même Magnan estime que les vrais délirants chroniques, si l'on fait abstraction des persécutés chroniques héréditaires, dégénérés, alcooliques, intermittents, etc., sont très peu nombreux : $1/2$ pour 100 environ (112 cas de délire chronique seulement sur les 23.692 aliénés entrés de 1891 à 1896 à l'Admission de Ste-Anne). Les vrais délirants chroniques en effet ne seraient pas des héréditaires, ni des dégénérés ; et les seuls troubles du caractère qu'ils présentent avant l'éclosion de leur affection mentale tradui-

sent seulement une méfiance et un orgueil sur lesquels bien des auteurs ont insisté par la suite.

Dans sa forme typique et rare, le délire chronique de Magnan comprend 4 périodes.

I. *Période d'incubation ou d'inquiétude.* — En proie d'abord à un simple malaise intellectuel (Lasèque) le malade voit apparaître d'abord des fictions inconscientes qui se développent progressivement, devenant d'abord des perceptions, des illusions, jusqu'à ce qu'un incident surprenant, bien que dû au simple hasard, transforme cette simple supposition en certitude. Les faits les plus insignifiants prennent une signification particulière, extraordinaire, le plus souvent hostile. Ce sont des misères, des tracasseries sans nombre ; s'il survient quelque contre-temps, quelque échec, si justifié soit-il par ailleurs, alors le malade ne doutera plus et entrera pleinement dans son délire centripète ou égocentrique.

C'est la période où le malade tantôt dissimulera à tous ses inquiétudes, s'en tiendra à des sous-entendus, réticences ou allusions suffisamment explicites pour lui, tantôt se plaindra aux autorités, exposera longuement ses griefs et toute la série de ses persécutions, tantôt encore déménagera à plusieurs reprises et toujours dans l'espoir de dépister ses ennemis et de trouver le repos et le calme dans quelque nouvelle demeure (aliénés migrants), etc., etc.

II. — *Période d'état ou hallucinatoire.* — La plus constante des hallucinations des persécutés est assurément l'hallucination de l'ouïe. La marche progres-

sive est tout à fait caractéristique : d'abord élémentaire (sifflements, bourdonnements, etc.), elle ne tarde pas à devenir commune (sons de cloche, sonnettes d'alarme, etc.), puis verbale (injures grossières, épithètes ordurières, etc.). Ces hallucinations de l'ouïe qui jamais, pour ainsi dire, ne font défaut, s'enrichissent à mesure que l'affection progresse ; elles s'installe de plus en plus chez le malade qui en souffre non seulement la nuit, mais le jour et sans arrêt (*Echo de la pensée*). Pour faire pièce aux persécuteurs, arrivent les protecteurs ou bienfaiteurs qui leurs répondent par ces mêmes voix mystérieuses, par la même oreille ou par l'oreille opposée, etc. Puis les voix se personnifient ; ce ne sont plus les pronoms indéfinis, *on*, qui servent à désigner les persécuteurs ; ce ne sont même plus les collectivités ou sectes plus ou moins nombreuses (juifs, moines, francs-maçons, etc.) ; ce sont les voix de quelques personnages, d'un seul, voix distinctes et faciles à reconnaître. Enfin l'hallucination psychomotrice apparaît ; le persécuteur ne se contentant plus d'injurier, mais forçant le malade à répondre (*fuite de la pensée*).

Après les hallucinations de l'ouïe, les plus caractéristiques dans le délire chronique sont les *hallucinations de la sensibilité générale*. Le malade est déjà plus avancé dans son délire que lorsqu'il n'était qu'halluciné de l'ouïe, maintenant ses persécuteurs ne se contentent plus de le traiter de la manière la plus ignoble et de lui appliquer les épithètes les plus

grossières, ils viennent maintenant troubler son sommeil, le magnétisent avec des effluves, lui envoient de terribles secousses électriques, et surtout ils viennent le violer ou se livrer sur son corps à des pratiques infâmes ; on le sodomise, on le châtre, etc.

Puis ce sont ses boissons qu'on empoisonne ; le lait sent le pétrole, ou des puanteurs sont envoyées sous la porte.

Rarement on trouve des hallucinations de la vue associées à toutes les précédentes qui se combinent entre elles pour alimenter le délire de persécution très actif : tout est mis en œuvre pour nuire à ce malheureux persécuté et ses ennemis ne négligent aucune des inventions modernes (téléphone, télégraphie, télégraphie sans fil, rayons Röntgen). Puis quand le délire a bien fait son chemin, quand le malade est bien assuré d'avoir découvert son persécuteur, il réagit (période médico-légale du délire de persécution). Plus ou moins offensifs, tous les persécutés peuvent être dangereux à un moment ou à un autre. Certains pourtant se contentent de l'illusoire protection des voix favorables ou de pratiques plus ou moins absurdes qu'ils mettent en œuvre.

III. — *Période des idées de grandeur.* — Le passage des idées de persécution aux idées ambitieuses se fait souvent, comme le dit Foville, par déduction logique : les persécutés se disent qu'ils doivent être de grands personnages pour que pendant de longues années on se soit donné la peine de les tour-

menter, pour qu'ils aient inspirés tant d'envies et attiré sur eux des haines acharnées.

Quoiqu'il en soit, cette période une fois constituée, persiste un laps de temps plus ou moins long. Mais en réalité cette période diffère de la précédente par une métamorphose capitale des conceptions délirantes. Le délire de persécution finit par s'atténuer, il s'efface pour faire place aux nouvelles conceptions délirantes. Ainsi se trouve créée une personnalité bien différente de celle que revêtait le délirant chronique à la deuxième période. D'une part le délire ambitieux se traduisant maintes fois au dehors par des allures caractéristiques, d'autre part les plaintes et les récriminations cessent avec les troubles sensoriels.

Par transformation logique, ou consécutive à des hallucinations, ou encore nées subitement, spontanément, les idées ambitieuses ne font pourtant pas disparaître nécessairement les idées de persécution, si ce n'est dans des cas exceptionnels et après un temps toujours fort long. De même les hallucinations peuvent persister tout aussi actives et cristallisées pour ainsi dire, en même temps que les idées de grandeur.

IV. — *Période de démence.* — Pour Magnan, on assiste toujours, à un moment plus ou moins éloigné du début de l'affection, à la dissolution des conceptions délirantes et à la démence.

C'est précisément cette quatrième période dont l'existence a été contestée en France et à l'étranger.

Nous avons vu que Krafft-Ebing estimait que jamais la *paranoia persecutoria* n'aboutissait à la démence.

De même Schule, tout en admettant la terminaison du délire de persécution progressif par l'affaiblissement psychique, note cependant chez des malades la conservation partielle de l'intelligence.

Nous n'insistons pas ici sur tous ces points que nous reprendrons dans la deuxième partie de notre travail. Mais il nous faut bien rappeler dès maintenant qu'en France même cette quatrième période démentielle n'est pas admise par tous les auteurs.

Nous avons déjà mentionné que Falret n'admettait que les périodes suivantes :

I. Période « d'interprétation délirante ».

II. Période des « hallucinations et du délire de persécution ».

III. Période des « troubles de la sensibilité générale ».

IV. Période du « délire stéréotypé » avec idée de grandeur au début.

Ainsi le persécuté pour Falret, resterait toujours un persécuté et ne verserait jamais dans la démence.

Pour Magnan, au contraire, « le délirant chronique est tantôt un « inquiet », tantôt un « persécuté », tantôt un « ambitieux », « tantôt un dément ».

A propos du même sujet, Renaud écrit (p. 511) : « La longévité intellectuelle des persécutés systématiques est tout à fait remarquable. Jusqu'à l'âge le plus avancé, ils s'intéressent aux faits du jour, aux

personnes et aux choses qui les entourent, ils lisent, leur mémoire n'est pas plus affaiblie que celle des personnes normales du même âge, etc. Il sont capables de parler raisonnablement des sujets étrangers à leur délire. Si leurs conceptions délirantes deviennent moins brillantes et moins vives, si leurs hallucinations perdent en acuité et en intensité, cela tient à l'âge et non à l'état morbide. Pas plus que les non aliénés, les persécutés n'échappent à la sénilité. « Mais cet état, tout physiologique, ne saurait être assimilé à la démence organique ou vésanique, par laquelle les malades sont véritablement séparés de l'humanité ».

Toute cette discussion, que nous ne faisons qu'indiquer ici, rentre exactement dans le cadre de notre thèse. Mais nous ne faisons que l'indiquer ici, puisqu'elle fera l'objet de la deuxième partie de notre travail.

Toutefois nous ferons tout de suite remarquer que les critiques reproduites ci-dessus émanent exclusivement d'auteurs qui par ailleurs, et exception faite de la 4^e période, admettent absolument la doctrine de Magnan pour le délire chronique.

III. — La Paranoïa et la démence paranoïde d'après Kræpelin.

Nous trouvons dans la psychiâtrie de Kræpelin une définition de la paranoïa qui nous semble résumer la plupart des caractères de cette affection d'après cet auteur et qui résume l'évolution de la maladie, en montrant en même temps comment cette affection représente une entité morbide nettement séparée.

Nous dirons donc avec Kræpelin que la paranoïa est une transformation profonde et durable de la personnalité psychique, qui se manifeste surtout par une perspective et une élaboration malade des sensations externes et internes.

Cette modification est durable parce qu'en général elle n'a pas sa racine dans un processus transitoire, mais dans un état anormal de tout l'organisme psycho-physique. La clarté de la conscience n'est pas troublée, la réflexion est complètement conservée, mais la matière de l'expérience est faussée par les différents éléments subjectifs et élaborée en une conception malade et délirante. Pour ces raisons, on s'est habitué d'envisager comme symptôme caractéristique de la paranoïa l'idée délirante fixe et persistante ou encore mieux : un système tout entier d'idées délirantes.

Certains auteurs pensent que la paranoïa est très fréquente :

D'après Werner, 40 à 50 o/o des nouveaux entrés dans les asiles sont des paranoïaques.

Influence du sexe et de l'âge. — Nous donnons le tableau suivant d'après Werner, tableau qui résume l'influence du sexe et surtout de l'âge ; comme l'étude de l'âge dans l'évolution de la paranoïa présente une certaine connexion avec notre sujet nous avons trouvé intéressant de le reproduire :

	Hommes	Femmes
Au-dessous de 20 ans.	2	2
20-30 ans	33	20
31-40 »	14	17
41-50 »	16	17
51-60 »	9	7
61-65 »	3	5
Au-dessus de 65	1	2

Mais Kræpelin n'admet plus cette fréquence de la paranoïa, telle que l'établissait les statistiques de Werner. — Pour qu'on puisse affirmer la véritable paranoïa, il faut d'après Kræpelin, que le délire organisé présente les six caractères suivants (Rogues de Fursac, p. 268) :

- 1° Immuabilité de l'idée fixe fondamentale ;
- 2° Foi absolue du malade dans son délire ;
- 3° Précocité et intensité des réactions ;
- 4° Logique « apparente » présidant à l'enchaînement des idées délirantes ;
- 5° Absence ou extrême rareté des hallucinations et grand nombre des fausses interprétations ;

6° « Absence d'affaiblissement intellectuel », si ancienne que soit l'affection.

C'est surtout ce dernier caractère, indispensable d'après Kræpelin, pour autoriser le diagnostic de Paranoïa, qui restreint singulièrement le nombre des malades atteints de cette forme morbide presque idéale, et en tout cas très difficile à réaliser dans toute sa pureté.

« Sous le nom de paranoïa, écrit Weygandt, on a désigné et on désigne encore beaucoup d'états psychopathiques, à la base desquels se trouvent des idées délirantes plus ou moins systématisées. Mais, comme des idées de ce genre s'observent aussi dans la plupart des affections mentales et comme, au point de vue du diagnostic différentiel, elles n'ont pas plus d'importance pathognomonique que n'en a, par exemple, la fièvre dans beaucoup de maladies internes, il s'ensuit que cette expression n'a qu'une valeur très relative pour désigner une affection mentale spéciale. Ce qui le prouve déjà, ce sont certaines statistiques d'autrefois, où l'on voulait trouver, parmi les malades de quelques asiles, de 70 à 80 pour 100 de paranoïaques. »

Et le même auteur, qui adopte à peu près intégralement dans son manuel de psychiatrie, les dernières doctrines de Kræpelin ajoute :

« Pour nous, le terme de paranoïa ne servira à désigner que ce groupe restreint de cas dans lesquels un « système délirant permanent » se développe progressivement et domine tous les actes du malade,

alors que « la faculté de raisonner et d'associer les idées, la mémoire et la psycho-motilité sont intactes. »

On voit que dans cette définition de la *paranoïa* par Weygandt, se retrouvent tous les caractères donnés par Kræpelin comme particuliers à cette affection.

Mais alors que deviennent donc tous les autres malades que les premiers auteurs qualifiaient de *paranoïaques*. Pour Kræpelin, ce ne sont plus des *paranoïaques* vrais, mais des malades qui leur ressemblent, des *paranoïdes*. Ceux-ci rentrent dans le groupe de la *démence paranoïde*, l'une des formes de la *démence précoce*. C'est précisément l'absence du sixième caractère assigné par Kræpelin au délire *paranoïaque* (absence d'affaiblissement intellectuel, si ancienne que soit l'affection), qui distingue la *démence paranoïde* de la *paranoïa*. Celui-ci ne devient jamais dément. Celui-là le serait pour ainsi dire d'emblée; c'est un *dément précoce*.

« Il y a lieu, dit Weygandt, d'établir avec Kræpelin une division bien tranchée :

« 1° D'un côté, se trouvent les malades qui, même après un délire plus ou moins systématisé, et durant plusieurs années, finissent par aboutir à l'affaiblissement chronique des facultés intellectuelles, caractérisant la *démence précoce* avec son effacement du sentiment et de la volonté, son négativisme et ses tics ;

« 2° D'un autre côté, il faut placer les sujets atteints de ce que nous avons décrit sous le nom de *paranoïa*

proprement dite, et dont la folie processive peut être considérée comme le type ; sujets chez lesquels se développe progressivement un système délirant complexe, formant un véritable cercle fermé. Les malades atteints d'un pareil délire se défendent contre toutes les objections : « leurs sphères affective et aperceptive ne présentent aucun affaiblissement » ; et enfin ils ne tombent pas dans cette démence à laquelle aboutissent fatalement les sujets du premier groupe. Il s'agit de bien distinguer l'une de l'autre ces deux catégories de cas et de bien se rappeler que les malades de la première catégorie portent, dès les premières phases de leur affection, l'empreinte de la démence précoce.

« On parvient à faire cette distinction très importante :

« 1° En tenant compte des contradictions et des absurdités inhérentes aux conceptions délirantes de la démence précoce ;

« 2° En établissant la disproportion qui existe, dans cette dernière, entre les idées, d'un côté, et l'obtusion de la sensibilité affective et de la volonté, d'un autre côté ;

« 3° En constatant l'existence des signes caractéristiques d'un trouble de la volonté, qui se manifestent dès le début de la démence paranoïde. »

IV. — Opinion de M. le Professeur Joffroy.

L'opinion de M. Joffroy se rapproche beaucoup de celle de M. Magnan. Il adopte complètement la description du délire chronique systématisé pour les sujets ayant une grande puissance intellectuelle et, en général, l'hérédité peu chargée. Mais le processus morbide se modifie à mesure que l'intelligence est moins vive, que les tares héréditaires sont plus nombreuses, de sorte que, progressivement et par étapes successives, on arrive au tableau symptomatique des délires systématisés des dégénérés.

Ainsi donc M. Joffroy comprend, dans un seul et même chapitre des malades, dont M. Magnan donne la description dans deux chapitres différents.

Quant à la terminaison de la maladie, elle est variable suivant les cas ; elle se termine par un état démentiel tantôt très accusé, tantôt moins accusé, se produisant tantôt en très peu d'années, d'autres fois seulement après beaucoup d'années.

DEUXIÈME PARTIE

Conservation de l'intelligence chez les délirants chroniques systématisés.

(Rapports de la paranoïa et de la démence).

Ayant bien défini les deux termes que nous voulons opposer, nous voulons maintenant chercher à préciser leurs rapports.

Sous la variété des différentes formes cliniques ébauchées en France ou à l'étranger, nous avons vu qu'on retrouve toujours les mêmes malades.

Délirants chroniques pour M. Magnan, paranoïaques pour Kræpelin, il s'agit toujours des mêmes malades observés suivant des doctrines différentes. Nous ne nous attarderons pas à discuter lequel de ces termes est préférable, ni quelle doctrine est la meilleure. Il s'agit de classifications uniquement cliniques et qui n'ont pas le contrôle anatomo-pathologique nécessaire pour en appuyer les considérations. Quoi qu'il en soit, la question qui se pose ici, et qui est la seule que nous voulons aborder, est de savoir quel est l'avenir de ces délirants chroniques systématisés ou paranoïaques ?

Leur délire, si solidement établi au début, si logiquement construit et dont l'évolution systématique suit un ordre si régulièrement progressif, reste-t-il toujours le même, présentant les mêmes caractères jusqu'à sa terminaison ? En un mot, la quatrième période ou phase terminale démentielle du délire chronique de M. Magnan, est-elle absolument obligatoire ?

N'y-a-t-il pas des malades qui s'arrêtent en route et restent « cristallisés » pour ainsi dire à une des premières phrases de l'affection (délire d'interprétation, folie raisonnante) ? En d'autres termes, et pour reprendre notre formule du début, *y a-t-il des délirants qui ne deviennent jamais déments ?*

Tout récemment, M. Roubinovitch ayant à traduire la doctrine de Kræplin exposée dans le manuel de Weygandt, y ajoute les commentaires suivants, que nous tenons à reproduire intégralement, car ils montrent avec netteté la fragilité des différences doctrinales qui séparent les psychiatres allemands et français sur cette question de la paranoïa.

« Deux types de paranoïa sont établis par la clinique : type à systématisation lente, progressive et profonde, et type à systématisation rapide et superficielle.

« Dans le premier, le sentiment de souffrance, quelle que soit sa nature : malaise physique, orgueil blessé, amour, est analysé par le malade ; il en recherche les causes avec soin, il met du temps avant de préciser la moindre conception délirante ; en logicien habitué à ne raisonner que sur des faits qui puissent

lui sembler sérieux, il attend des preuves, qui mettent souvent des années avant de se produire. Ces preuves, il croit les trouver tantôt dans l'attitude des gens qui l'entourent, dans les regards des passants, dans les propos qu'il entend tenir dans la rue ou dans les maisons qu'il fréquente. N'oublions pas que le sentiment de souffrance est toujours présent et de plus en plus intense, constituant une véritable émotion fixe qui tenaille le malade et qui le force à expliquer le pourquoi de sa douleur. Le systématisateur à forme mélancolique aiguille cette explication vers lui-même et trouve dans son propre passé la cause première de sa douleur. Le systématisateur persécuté, au contraire, dirige son attention vers l'entourage ; sûr de lui-même, tranquille sur son passé, il ne peut voir l'origine du moi qu'en dehors de lui.

Alors, à force de penser à la même chose, à force d'analyser la même souffrance, l'un comme l'autre arrivent au même résultat : leur champ intellectuel se rétrécit et, tout logiciens qu'ils sont, leur raisonnement se rapetisse et ne s'exerce plus que sur un nombre restreint d'idées ayant un rapport étroit avec leur souffrance. C'est peu à peu, sous l'influence de cette sorte d'auto-suggestion, que les systématisateurs finissent par se convaincre de la justesse de leurs préoccupations. Si, à force d'exciter leur faisceau fronto-sphénoïdal, ils parviennent à réveiller le centre auditif et à le faire travailler d'une façon automatique dans le sens de leurs préoccupations, ils auront d'abord des illusions auditives, ensuite de véritables

hallucinations. Alors, leur conviction n'est que plus vite entraînée et ils évoluent vers un délire stable, parfaitement organisé et qui, au point de vue de leur logique à eux, ne laisse plus rien à désirer : tout est net, tout s'explique. Reste seulement alors à compléter quelques détails : par exemple, pour le systématisateur persécuté, il s'agira de rechercher exactement qui complotte contre sa sécurité, les moyens dont dispose l'ennemi, le pourquoi de ses attaques.

« Etant donné le cercle vicieux dans lequel se trouve enfermée l'intelligence de ces malades, on comprend qu'ils ont, pour résoudre toutes les questions de détail, ou le moyen des interprétations seules ou le moyen des interprétations combinées avec des troubles sensoriels (Weygandt-Roubinovitch, p. 362.).

« Selon qu'ils se serviront de l'un ou de l'autre de ces moyens, ils arriveront plus ou moins rapidement à trouver la solution de toutes les questions.

« Dans un cerveau habitué à une logique serrée et puissante les interprétations ne permettent d'arriver à une solution qu'avec une grande lenteur ; les troubles sensoriels sont d'un secours plus prompt, car ils apportent avec eux un élément irrésistible : un témoignage qui, aux yeux des malades, est *objectif*. Bref, les malades parviennent à s'expliquer tout : la haine, l'amour, la douleur physique dont ils sont les héros ou les victimes, les uns par leur parenté politique, les autres par leur intelligence supérieure. Au fond de l'âme de tout systématisateur persé-

cuté, logique avec lui-même, il y a une dose plus ou moins grande d'orgueil. Les systématisateurs mélancoliques sont, au contraire, des individus humbles. La souffrance morale les anéantit, tandis que chez les persécutés elle exalte l'orgueil.

« De sorte que, instinctivement, par la nature originelle de leur caractère, les uns sont fatalement conduits à l'idée de grandeur, à une sorte de conception hypertrophique de leur personnalité, pendant que les autres, logiquement aussi, sont amenés à l'idée de culpabilité et de suicide.

« Mais, pour que les uns et que les autres en arrivent là, il faut que leur champ intellectuel se soit rétréci encore plus qu'à la phase de confirmation de leur délire initial.

« Or, le travail du cerveau est soumis aux mêmes lois physiologiques que celui de tous les autres organes de l'économie : n'exerçant que certains neurones de la corticalité, n'utilisant que certains trajets d'associations, les autres, restés inactifs, perdent peu à peu leur puissance fonctionnelle et finissent par devenir des éléments négligeables : le cerveau est fonctionnellement amoindri et, si cet amoindrissement devient définitif, l'atrophie s'en mêle à la longue et la démence s'installe. Voilà l'évolution du type du délire à systématisation parfaite, telle qu'elle est possible dans un cerveau doué d'une certaine puissance et habitué à un travail logique d'analyse et de synthèse.

« Un type tout à fait opposé est celui du délire dont

la systématisation est rapide, superficielle. Le point de départ est exactement le même : une émotion fixe ou une idée fixe. Mais le cerveau n'est nullement habitué à raisonner. Dans la vie ordinaire, nous connaissons tous des individus qui ne savent pas réfléchir, qui n'ont pas l'habitude d'analyser quoi que ce soit. Ils se signalent, naturellement, par un jugement superficiel, une généralisation rapide, un raisonnement par à-peu-près.

« Dans le domaine pathologique, nous retrouvons des délirants qui raisonnent de cette façon-là. Aussi, n'ont-ils même pas besoin d'hallucinations pour trouver la raison de leur préoccupation : en quelques jours, en quelques semaines, ils ont organisé leur délire dans lequel règne, au point de vue de la construction logique, le désordre le plus grand ; tout ce qu'ils disent choque par trop le bon sens ; c'est par trop invraisemblable ; on ne voit aucun enchaînement dans les phénomènes ; sans rime ni raison, on voit, par exemple, des idées de persécution se combiner avec des idées de grandeur, des idées hypochondriaques ou autres. En un mot, c'est un délire bâclé et non solidement construit comme dans le type précédent. La rapidité avec laquelle il s'est formé explique pourquoi, dans un certain nombre de ces délires à systématisation très défectueuse, les hallucinations sont absentes.

« Entre ces deux types extrêmes, la clinique nous montre l'existence de toutes les formes intermédiaires, absolument comme chez les individus sains la

vie réalise tous les degrés depuis l'intelligence la plus puissante en déductions logiques, jusqu'à l'esprit le plus superficiel.

« Mais les deux types extrêmes du délire systématisé sont-ils d'une essence toute différente ? Peut-on affirmer que l'un suppose un cerveau absolument sain à l'origine, tandis que l'autre est le privilège des cerveaux prédisposés ?

« Quand on étudie attentivement l'histoire des familles des malades à délire systématisé (quelle que soit d'ailleurs la puissance de la systématisation), on découvre très fréquemment, chez les ascendants ou les collatéraux, des preuves incontestables soit de maladies nerveuses ou mentales, soit de rares arthritiques ou scrofuleuses.

« Ainsi, en ce qui concerne les malades que nous avons eu l'occasion d'étudier, tous sont entachés de tares héréditaires. En examinant le passé personnel de ces malades, on est souvent frappé des singularités de leur intelligence, comme si dès l'origine, ils avaient en germe l'état mental qui, ultérieurement, sous l'influence des circonstances de la vie, se transformera en une affection délirante systématisée. La disposition vers cette forme morbide nous semble être originelle ; ce qui s'acquiert, c'est la faculté de systématiser plus ou moins bien les idées délirantes, pour ainsi dire innées, et qu'une cause occasionnelle quelconque : puberté, ménopause, maladie infectieuse ou intoxication, fera éclater à un moment donné. L'éducation, l'instruction exercent une grande

influence sur la manière de sentir et de raisonner : mais elles chargent difficilement les penchants, les tendances naturelles, originelles de l'esprit. »

On voit d'après l'exposé très clair de M. Roubinovitch qu'il n'y a guère entre Kræpelin et M. Magnan qu'une discussion terminologique, toute la question se ramenant à savoir quelle épithète est plus convenable à certains malades que M. Magnan appelle des « persécutés dégénérés » et que Kræpelin appelle « déments paranoïdes ».

Voici un premier point que nous ne développerons pas davantage et qui n'intéresse qu'accessoirement notre thèse.

Ce qui importe ici, et les malades que nous voulons retenir, ce sont ceux qui, non grossièrement dégénérés, réalisent le type le plus pur du « délire chronique de M. Magnan, ou le type le plus authentique de la « paranoïa vraie » de Kræpelin. Un fait certain, c'est que de tels malades sont relativement rares.

Pour bien montrer notre impartialité dans les débats, nous avons prié M. le professeur Joffroy de vouloir bien nous autoriser à examiner l'état mental actuel de quelques uns des plus vieux pensionnaires de son service à Sainte-Anne, lesquels avaient présenté 10 ou 20 ans auparavant un délire bien systématisé.

D'après Kræpelin, de tels malades pour être des véritables paranoïaques et non des paranoïdes, ne devraient jamais tomber dans la démence. Pour

M. Magnan, de tels malades aboutiraient toujours au bout d'un temps plus ou moins long, suivant leur degré de résistance à la quatrième et inéluctable période de démence.

Telles sont les deux doctrines qu'on pourrait opposer l'une à l'autre, si on leur gardait cette brutalité d'exposition que les auteurs eux-mêmes ont pris soin d'atténuer.

M. Magnan lui-même a pris soin d'indiquer dans son livre si remarquable que : « certains délirants chroniques sont encore au bout de 20 à 30 ans capables de causer raisonnablement sur beaucoup de sujets étrangers à leur délire ».

Le même auteur écrit plus loin :

« D'ailleurs, à la déchéance intellectuelle due à l'évolution, s'ajoute, dans la plupart des cas, l'action de l'âge et on s'explique que, lorsqu'il arrive à la dernière période, il existe souvent des lésions cérébrales séniles, dues à l'athéromasie des vaisseaux qui ont pour conséquence la diminution de la mémoire et la confusion dans les idées ».

Ainsi M. Magnan prenait soin lui-même d'atténuer ces affirmations doctrinales.

Déjà, parmi les auteurs plus anciens, cette question de l'avenir intellectuel des vieux délirants chroniques avait été abordée.

Baillarger écrivait : « Il n'est pas douteux qu'à près un temps variable les folies se terminent par la démence ».

De même Griesinger dit : « Dans le degré extrême

« nous trouvons des conceptions délirantes, et à
« côté de cela une diminution considérable de
« l'énergie morale, une sorte de décrépitude, rien que
« des débris qui ont survécu au naufrage des facultés intellectuelles ».

Mais, d'autre part, on trouve dans Falret :

« On rencontre dans tous les asiles des vieux persécutés parvenus aux périodes ultimes de leur affection, aliénés depuis 20-30 ans et même davantage, qui conservent, malgré l'ancienneté de l'affection une véritable activité intellectuelle.

« Ils sont encore susceptibles de causer très raisonnablement sur beaucoup de sujets étrangers à leur délire et ne peuvent pas être appelés des déments dans le sens qu'on a l'habitude d'attacher à ce mot. Car, même dans la période ultime de la maladie, ce qui frappe le plus, ce n'est pas cet état de déchéance si caractéristique dans la démence, mais surtout l'état paradoxal d'une intelligence qui reste lucide, jointe à un aveuglement moral absolu à l'égard des conceptions délirantes ».

De même que la doctrine de M. Magnan ne se vérifie pas absolument dans tous les cas, de même la notion de l'absence de l'affaiblissement intellectuel, si ancienne que soit l'affection, notion que Krapelin estime l'un des caractères indispensables de la paranoïa pure ne se justifie pas toujours.

Ainsi Ziehen dit que, « si on observe à la dernière période une apathie apparente, une démence simu-

« lée, si la vie émotive est réduite à sa plus humble
« expression, il développera toujours son système
« délirant ; il est le même Messie où Inven-
« teur ».

D'après les statistiques de cet auteur la démence
serait exceptionnelle.

De même les malades auxquels, dans les lignes
suivantes, Kræpelin fait allusion, présentaient certai-
nement un certain affaiblissement intellectuel.

« Le roi de l'univers s'occupe de jardinage, la
« fiancée du Seigneur s'occupe de couture et de
« broderie ».

Les quelques citations que nous venons de rap-
porter suffisent, croyons-nous, à montrer que les
doctrines dogmatiques doivent être atténuées dans
un sens ou dans l'autre par l'observation clinique
des faits.

Il est certain que tous les déliants chroniques
n'atteignent pas le même degré d'affaiblissement
intellectuel. Suivant leur prédisposition plus ou
moins grande, suivant leur développement intellec-
tuel plus ou moins avancé, les différents malades
offrent une résistance plus ou moins grande à l'affai-
blissement intellectuel.

M. Magnan pense que ces différences se tradui-
sent surtout par le temps plus ou moins long que
chaque malade met à parcourir les différentes étapes
de la maladie et à aboutir à la dernière.

M. le Professeur Joffroy ajoute que ces différen-
ces se traduisent aussi par le degré plus ou moins

marque de démence auquel parviennent chacun de ces malades.

C'est une opinion que M. le professeur Joffroy développe fréquemment dans son enseignement clinique.

Tel ingénieur devenu persécuté fournira des interprétations délirantes des explications beaucoup plus scientifiques que celles que pourra donner un simple ouvrier. S'il invoque la télégraphie sans fil pour justifier ses hallucinations auditives, il le fera en connaissance de cause, et fournira des explications techniques. Un tel malade, non seulement montrera une grande lenteur dans l'évolution de son délire, et, par exemple, en restera pendant de longues années à la période des interprétations délirantes, mais encore il atteindra difficilement le même degré d'affaiblissement intellectuel que celui auquel aboutira rapidement un persécuté moins instruit.

La démence, comme nous l'avons exposé dans un précédent chapitre, présente beaucoup de degrés. Dans les cas très accentués où pour tous les auteurs la déchéance intellectuelle est manifeste, il n'y a pas de discussion sur l'épithète qu'il convient d'appliquer et c'est bien un dément auquel on a affaire.

Mais, dans d'autres cas, analogues à celui que nous signalions, où l'affaiblissement psychique, tard venu, et toujours très léger, sera parfois assez difficile à reconnaître, on s'explique que certains auteurs hésitent à affirmer la démence.

Pour ces cas, exceptionnels assurément, (les paranoïaques vrais sont devenus beaucoup moins nombreux en passant de la description de Krafft-Ebing à celle de Kræpelin), le terme d'*affaiblis*, si vagues que soient ses limites, pourrait peut être s'appliquer plus justement.

La confusion qui règne entre les différentes descriptions des auteurs pourrait s'expliquer très aisément et il n'y aurait aucune différence de nature entre les groupements établis, mais une simple différence de degré.

Le déficit intellectuel, plus ou moins accentué, expliquerait ainsi des divergences qu'on a voulu radicales, et que nous avons montré très atténuées par les auteurs mêmes des diverses doctrines.

La lecture des quelques observations qui accompagnent ce travail justifiera sans doute notre élection. Choies sans parti pris, sans idées préconçues et simplement pour l'authenticité ancienne d'un délire chronique systématisé et surtout pour la longueur de l'évolution de ce délire, c'est-à-dire pour la longue durée de l'internement du malade, ces observations sont destinées simplement à montrer quelques types de ces malades dont parlait Falret et qui restent après bien des années fidèles à leur délire.

Plus ou moins *affaiblis*, mais parfois nettement déments, ces différents malades pourraient, croyons-nous être versés aussi bien dans le groupe des déli-

rants chroniques de M. Magnan, ou dans celui des paranoïaques de Kræpelin.

Et nous avons seulement voulu montrer que malgré la longue durée de leur affection, ils gardaient encore une certaine activité intellectuelle.

TROISIÈME PARTIE

Observations cliniques.

OBSERVATION I

Pierre L. R., âgé de 66 ans, entré à l'asile Sainte-Anne le 25 octobre 1884, c'est-à-dire il y a près de 20 ans.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, mère nerveuse.

Antécédents personnels. — Accidents fébriles indéterminés à l'âge de 3 ans.

A 8 ans, fièvre typhoïde.

Dans les deux cas on a remarqué du délire fébrile.

Instruction primaire ; a pu apprendre le métier de mécanicien sur les chemins de fer.

Bon ouvrier, soldat pendant 7 ans. Excès de boisson par intervalles avant l'internement. Pas de syphilis. Pas de chagrins moraux ou de misère. Bon ouvrier ; gagnait largement sa vie.

Symptomatologie. — Le début des accidents délirants remonte à 24 ans et le malade le rapporte spontanément à

l'apparition des premières hallucinations de l'ouïe (janvier 1883), un an avant l'internement.

En 1882, durant un an environ, période prodromique mal définie avec inquiétudes, troubles du caractère et persécutions imaginaires basées sur l'interprétation délirante et illusions sensorielles de l'ouïe et de la vue (léger appoint alcoolique) : « Ses camarades se moquaient de lui, ou lui faisaient des misères, ou le rendaient triste ; son chauffeur le disputait sans raison ».

En 1883. — *Début des hallucinations de l'ouïe.* — « Il s'est cru, à l'époque, poursuivi par la police pour un vol de 40 francs qu'il aurait commis étant au régiment, et croyait qu'on voulait lui prendre sa place ; il entendait des voix et leur répondait, mais sans emportement ».

Au début d'octobre 1885 il vachez le commissaire de police pour faire arrêter ses persécuteurs ; on l'interne et on le maintient à l'asile depuis ce temps comme atteint de délire de persécution (depuis 1884).

En 1897. — L'état psychique montre l'existence d'*hallucinations auditives* : hallucinations verbales, bilatérales, mais souvent prédominantes à l'oreille droite (dureté de l'ouïe, mais plus prononcée précisément de ce côté). Voix extérieures de timbre variable suivant les cas : proches, lointaines, parfois chuchotées. Les hallucinations plus souvent désagréables qu'agréables ; les voix hostiles disent : « Salaud, cochon, le traitent de haut en bas et lui dénomment ses persécuteurs. »

Les voix favorables lui disent : « Tu seras bien payé, ta situation de fortune s'améliorera, tu auras une rente viagère, tu es un brave homme, tu as sauvé la vie de ton directeur, tu seras au livre d'or ». Parfois, hallucinations confuses : Bruit

de musique, pas de bourdonnements. Les hallucinations verbales se produisent nuit et jour, sont faciles à provoquer « et interrompent nos questions, dit le malade ». Il les accuse de produire sa demi-surdité.

Hallucinations de la sensibilité générale. — Il est électrisé partout, dans l'estomac, le ventre, les reins, les dents, la plante des pieds, la tête, etc. Ce sont des décharges continuelles, mais bien moins douloureuses actuellement que jadis.

Hallucinations génitales — Il le font jouir la nuit malgré lui et se livrent à des obscénités (réticent).

Hallucinations de l'odorat. — Il sent parfois de mauvaises odeurs envoyées par les malfaiteurs.

Conceptions délirantes. — Idées systématisées de persécutions et, depuis 6 ans, apparition d'idées ambitieuses se révélant surtout par des hallucinations auditives verbales qui les révèlent au malade : son principal persécuteur est le directeur de l'usine à gaz où il travaillait en 1875 ; il a su par une hallucination, que cet homme « actionne » l'électricité et dirige des malfaiteurs qui le travaillent.

Le malade ne lui en veut pas trop, car après avoir été sceptique, et avoir sauvé la vie de plusieurs personnes, il pense qu'il est bon, généreux et sera riche.

Réaction. — Travaille très régulièrement, caractère calme dans le service, limite ses accusateurs aux ennemis du dehors. Pas violent.

Etat physique. — Aspect intelligent. Dureté de l'ouïe à droite. Hernie inguinale. Oreilles asymétriques. Motricité, sensibilité : rien.

Examen du malade le 30 novembre 1903. — Le malade garde encore une allure assez intelligente ; il s'intéresse à sa

famille et prétend que s'il reste à l'asile, c'est parce qu'il ne pourrait trouver une situation au dehors. Pour certains faits la mémoire paraît assez bien conservée et il répond assez correctement aux questions qu'on lui pose. Une addition est exécutée sans faute devant nous. Pour la multiplication, il faut tenir compte que le malade n'a reçu qu'une éducation primaire.

En somme, il s'agit d'un malade dont le délire est à peu près cristallisé en sa forme première et qui garde une certaine activité intellectuelle. Toutefois, M. le professeur Joffroy, l'ayant examiné lui-même quelques jours après nous (14 décembre 1903), a pris sur lui la note suivante :

« Le malade a été opéré dernièrement d'une hernie inguinale droite. Il ne se rend pas compte qu'on lui a fait une opération chirurgicale et se plaint que, dans le pavillon voisin, des gens l'ont attaché et l'on fait souffrir en lui fendant le ventre. « Il ne sait pas pourquoi on lui a fait ça ».

A su calculer autrefois, dit-il, mais il a oublié, ne sait plus combien font 6 fois 7.

Etat démentiel accusé.

OBSERVATION II

J... Jacques, lithographe, âgé de 65 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 68 ans d'affection hépatique ; intelligence normale.

Mère morte à 53 ans des suites d'une opération.

Un frère mort, on ne sait pas de quoi.

Deuxième autre frère mort d'une suite d'opération.

Troisième frère âgé de 42 ans, bien portant, état mental normal.

Pas d'aliénés ni de suicides dans sa famille.

Antécédents personnels. — Pas de maladies infantiles. D'intelligence moyenne, éducation primaire, marié à 24 ans ; première femme morte un an après, puis remarié à 38 ans ; deuxième femme morte 7 ans après. Alcoolique. Pas de syphilis.

Description de la maladie. — 1^{er} avril, au moment de l'entrée à l'asile Ste-Anne : Délire de persécution, remontant d'après le certificat à 1880, à l'âge de 36 ans. Ce serait alors le début de ses interprétations délirantes. Toutefois le malade, ayant tendance à faire remonter le délire plus loin, prétend que, en 1861, on l'ennuyait déjà. Ses amis racontaient sur lui des histoires que lui seul devait connaître. Il est resté longtemps sans savoir ce que c'était.

A son entrée à l'asile (1881) le certificat mentionne un délire de persécution, arrivé à la période hallucinatoire (1881).

Un appareil *céphalotique* lui révèle qu'on parle de sa femme, quand ses camarades rient ensemble. Ils lui tournent l'idée à l'envers dès qu'il veut dire quelque chose. Ils le font penser de force.

Hallucinations auditives et verbales. — Il entend répéter les injures qu'il a dites lui-même, une heure environ après. Il entend à chaque instant appeler Jules ! C'est une voix d'homme, avec une voix de femme. Hallucinations très actives ; on lui parle très souvent ou avec volubilité, menaces. De plus ils retournent à chaque instant ses mots. On lui retourne sa pensée pour la disséminer à Paris.

Hallucinations de la sensibilité générale. — On fouille dans ses poches, des pieds à la tête, il sent toute une révolution, on lui tord la cervelle. On lui a coupé un pou-

mon, il y a 11 ans. On lui a défoncé le derrière, en l'espace de 15 jours ; depuis 6 ans il se gratte tous les jours pour qu'il se cicatrise.

Hallucinations génitales. — On le masturbe, mais il s'est fâché et cela a disparu.

Hallucinations du goût et de l'odorat. — Toutes les odeurs y ont passé.

Hallucinations psycho-motrices. — Il entend quelquefois causer dans ses boyaux, dans son nez, où il sent comme un bourdonnement dans sa poitrine quelquefois aussi.

Auteurs des persécutions. — Accuse la médecine, unie à la police. Les voix d'homme et de femme représentent la police et la science.

But de persécution. — On veut lui prendre ce qu'il a. Possède de petites propriétés, Assez réticent à cet égard. A fait des inventions.

Réactions. — A écrit à toutes les autorités possibles : Président de la République, préfet, députés.

Tendances actuelles, pas de vengeance.

Etat mental. — S'exprime assez facilement, paraît assez intelligent, la mémoire conservée, et pour ce qui se rattache au délire et pour ce qui en est indépendant.

Etat mental en 1898. — Travaille au réfectoire, très régulier, mémoire conservée, aime la solitude. Pas persécuté par l'entourage direct.

Examen du malade en 1903. — Présente à un degré plus atténué des hallucinations auditives, verbales, psycho-motrices. Emploie toujours le néoplasme « appareil céphalotique ». Travaille régulièrement et sans y être contraint. La mémoire est conservée. Le malade accomplit bien le tra-

vail intellectuel ; il calcule bien, mais souvent il ne veut pas l'accomplir, car, dit-il, le courant électrique l'en empêche. Répond facilement à toutes les questions qu'on lui adresse : Lieu de naissance, date, etc.

S'intéresse à sa famille, souffre de ce que son unique fils ne vient pas plus souvent le voir et souhaite recouvrer la liberté pour pouvoir vivre avec les siens.

Mais, sous cette allure apparemment encore assez intelligente, M. le professeur Joffroy, l'examinant lui-même (14 décembre 1903), nous fait remarquer que ce malade est d'une telle débilité mentale, que, lisant tous les jours attentivement et longuement le journal, il ignore tous les faits dont il est question actuellement. Il est d'une indifférence naïve à l'égard de tout ce qui se passe autour de lui. En somme, affaiblissement démentiel très accusé. Du reste malade tranquille.

OBSERVATION III

J. P., âgé de 59 ans, entré à l'asile Sainte-Anne le 27 septembre 1883.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de 72 ans, pendant 3 ans troubles intellectuels à la suite d'une chute sur l'œil. Pendant 5 ans n'a pas voulu se lever, quoique n'ayant aucune maladie organique. Très violent, coléreux. — Mère, 55 ans, bien portante, obèse.

Tante paternelle bizarre, originale.

Un frère bizarre, très jaloux, traité à Charenton pour une paralysie générale progressive.

Une sœur bien portante.

Antécédents personnels. — A 5 ans peur obsédante.

continue (crainte de morsure de loup). Pas de maladies infectieuses. — Blennorrhagie en 1878 avec orchite.

Caractère doux, conduite régulière .

Marié en 1873. Pas d'éthylisme, pas de syphilis. Pas d'affection auriculaire.

Symptomatologie. — Dès les premiers temps de son mariage (1873) jalousie effrénée (quoique non alcoolique). Sa femme, croit-il, fait des signes aux passants. Son fils n'est pas de lui, et il ne veut pas, à cause de cela, s'en occuper.

Extension du nombre des persécuteurs : des voisins lui lancent du fluide par le plafond. Craintes générales d'empoisonnement.

Hallucinations de l'ouïe. — On l'insulte (dans la rue).

Préoccupations hypochondriaques concomitantes.

Réactions actives. — Va trouver un notaire qu'il ne connaît pas pour se plaindre des injures.

Entrée à l'asile. — Persistance des hallucinations. Mais la réaction devient moins vive : 1^o parce que le malade semble devenir plus résigné ; 2^o parce qu'il devient réticent, et cache ses hallucinations.

En 1883, l'état affectif est plutôt déprimé. Reste des journées entières sans parler, ne travaille pas.

Toujours les *idées hypochondriaques* (colonne vertébrale démanchée, écoulement urétral imaginaire) mais indépendantes de la systématisation.

Idées de persécution. — Se manifestent par des hallucinations de l'ouïe, surtout des voix agréables, des voix de femmes, qu'il ne connaît pas. La nuit elles parlent de lui, entre elles. Le jour, elles le conseillent, lui donnent des ordres. Quelquefois des voix d'hommes s'y mêlent. D'autres voix crient ;

« Cochon ! » Quelques fois des impulsions verbales. Pas d'hallucinations générales, ni gustatives. Aurait eu des hallucinations psycho-motrices, dont il ne se souvient pas.

Pas d'idées de grandeurs.

Réaction nulle. — N'écrit pas, n'accuse personne. Aucune idée de vengeance.

Etat démentiel. — Accusé depuis longtemps. Collectionne toutes sortes d'objets. Ralentissement léger des facultés techniques. Pas d'actes démentiels.

Etat physique. — Motricité normale, sauf affaiblissement musculaire. Pas de tremblements.

Sensibilité normale. Réflexes normaux. Athérome. Sénilité précoce.

On pourrait peut-être penser que chez ce malade il s'agit simplement d'une sénilité précoce avec athérome. Mais cette évolution du délire, jointe à l'affaiblissement progressif des facultés intellectuelles, dont déjà les idées de grandeur étaient la marque certaine, confirme que ce malade est réellement arrivé à la phase terminale du délire chronique de persécution, et avec un déficit intellectuel notable.

OBSERVATION IV

La malade Eulalie J. R..., âgée de 66 ans, entrée le 25 mars 1902 à l'asile Ste-Anne.

A perdu un fils, mort noyé par accident et un autre fils, mort d'une maladie de poitrine.

Symptomatologie. — Histoire de la maladie : Des récits de la malade, il résulte qu'à côté d'une certaine intelligence et d'une grande activité, il a dû toujours exister de

la déséquilibration : dès l'enfance, la malade a eu des prétentions philosophiques et littéraires.

En 1870, son mari, portant une dépêche, est fusillé par les Prussiens ; grâce à ce fait, elle obtint des secours multiples du gouvernement et élève convenablement ses enfants.

En 1884 elle perd son fils aîné et, en 1892, un second fils. C'est alors qu'elle commence à écrire ses ouvrages : *Le Drame de ma vie*, *Les planètes rocheuses* ; elle ne peut trouver un éditeur qui veuille se charger de l'impression : elle fait alors l'édition à ses frais. A ce moment aux idées de grandeur se joignent les idées de persécution. Comme elle ne vend rien elle pense que l'éditeur a tiré plus d'exemplaires qu'il ne l'a dit ; elle retire ses clichés et s'adresse successivement à deux autres éditeurs ; toujours à cause de la mévente, elle pense qu'il y a des éditions qu'elle ne connaît pas et qu'on a vendu son livre à l'étranger.

En 1897, le délire paraît prendre un grand développement, elle s'imagine que son affaire remplit le monde, elle voit dans tous les événements dont parlent les journaux des subterfuges pour tenir la France au courant de ses histoires. C'est alors que pour protester elle commence à faire poser des affiches où elle cherche à se défendre et où elle réclame contre les injustices qu'on lui a faites.

Malgré le délire actif et la participation de son fils au délire, les réactions extérieures sont assez normales pour rendre possible la vie au dehors. Mais ces derniers temps, peut-être sous l'influence de l'alcool, les deux malades se crurent davantage poursuivis, ils brûlèrent des papiers qu'ils croyaient précieux ou compromettants, faillirent mettre le feu, c'est alors qu'on les interna.

Etat actuel. — Délire à base d'interprétations (la malade paraît n'avoir eu que des hallucinations élémentaires de l'ouïe : entendait frapper l'esprit de son fils dans les murs. Interprétations continuelles des événements politiques et sociaux ; tout ce que racontent les journaux se rapporte sous une forme déguisée à son système délirant : La vente par ses ennemis de ses ouvrages aux puissances étrangères et la lutte qu'elle a engagée pour reprendre possession de ses droits.

Idées de persécution : on l'a empêchée de vendre ses livres, on a vendu les manuscrits à l'étranger, on a substitué une fausse signature à la sienne ; tous les procès en cours (Dreyfus, Humbert) sont contre elle ou contre son fils, le gouvernement l'a empêchée d'éditer ses derniers ouvrages ; parfois, elle désigne plus spécialement son ancien éditeur comme son ennemi : Idées de grandeur. « Elle a fondé une religion nouvelle », « elle est une « grande prophétesse, du jour où elle maudira la France, « celle-ci sera perdue ».

Signes physiques. — La malade ne présente aucun signe physique en dehors d'un léger tremblement des mains et d'une légère déformation pupillaire.

Chez cette malade l'affaiblissement intellectuel est très évident ; il existait pour ainsi dire d'emblée ; on en trouve des marques manifestes dans ses anciens écrits, avant même son internement, dans ces livres même dont la mévente, très naturellement explicable par l'absurdité du contenu, a été le point de départ du délire de persécution. Cet affaiblissement est encore plus accusé dans les lettres quotidiennes de protestation que la malade adresse à toutes les autorités.

OBSERVATION V

La malade, Amélie G... sans profession, âgée de 77 ans, entre à l'asile Sainte-Anne le 15 juillet 1896.

Antécédents héréditaires. — La généalogie de la malade est assez compliquée : elle est la fille naturelle d'une mère qui elle-même était également naturelle.

Le père naturel est inconnu.

La mère, chanteuse en province, a eu plusieurs unions illégitimes.

Le grand-père naturel était le joaillier de Napoléon I^{er}. Il est mort à 74 ans, à la suite d'un traumatisme de la région précordiale.

La grand-mère naturelle, maîtresse du précédent, était la femme légitime de M. F., directeur de la prison de Clichy. L'enfant qui lui est née de ses relations avec le joaillier et qui est la mère de la malade a été inscrite à l'état civil sous le nom de F...

Antécédents personnels. — Née à 7 mois (accouchement prématuré de la mère qui a eu à ce moment là une vive émotion au théâtre de la Gaîté, où un incendie venait de se déclarer (1834). Elevée par une nourrice en Normandie, où elle est restée jusqu'à l'âge de 2 ans.

De 2 à 6 ans, elle reste chez son grand-père le joaillier. Puis, « un ami » de sa mère s'occupe d'elle et paye pour elle une pension jusqu'à l'âge de 16 ans. Cet « ami » s'occupe également de son instruction. La fillette paraissait intelligente, avait l'esprit éveillé. On la conduisit souvent dans les théâtres des boulevards et de bonne heure elle s'était ini-

tiée à la vie de bohème. Bonne conduite, paraît-il. A 17 ans, se place chez un bijoutier. N'est réglée qu'à 17 ans 1/2. A 18 ans aménorrhée pendant 1 an, sous l'influence d'une vive émotion. Se marie à 21 ans avec un officier de santé. Pas d'enfants, ni de fausses couches. Ménopause à 52 ans. Troubles congestifs, avant, pendant et après cette période.

Étiologie. — Prédilection héréditaire. Tendance aux idées de grandeur depuis l'âge le plus tendre. Depuis son enfance, avait d'elle-même une opinion très flatteuse : se croyait extrêmement douée pour toutes sortes de choses artistiques et scientifiques ; son instruction n'a été que très sommaire : elle sait lire, écrire et compter.

Symptomatologie. — Début difficile à fixer avec précision, car il est probable que dès sa tendre enfance elle était en « petit » ce qu'elle est aujourd'hui. Cependant, la mort de son mari a été le gros événement de sa vie et c'est à partir de ce moment (1878) que ses tendances délirantes deviennent de plus en plus manifestes. Elle avait à cette époque 44 ans. Son mari lui a laissé une propriété à Mézières, d'une valeur de 35.000 francs. Elle se livre à une très grande activité, s'occupe elle-même de tous les détails, se fatigue, se surmène, mais tout cela sans arriver à un résultat bien brillant au point de vue de sa fortune. Elle se jette alors dans les *inventions*, trouve une combinaison chimique destinée à détruire les parasites végétaux. L'invention présentée par elle à la « Société d'Horticulture » est, paraît-il brevetée ; mais son exploitation est difficile et demande des capitaux. On lui conseille alors de s'adresser à la « Société des orphelinats agricoles de France ». Là, elle entend parler d'un certain marquis de G..., secrétaire de cette œuvre. Sa

proposition d'exploiter l'invention en commun avec les orphelinats est d'abord acceptée, puis rejetée. Notre malade pour expliquer cet échec bâtit tout un roman, d'après lequel le marquis de G..., amoureux d'elle, désire la posséder, et, pour cela, il veut d'abord la réduire à la misère pour la forcer ainsi à implorer son aide. Mais, elle est remplie de principes vertueux et résiste. Le marquis ne se lasse pas de la poursuivre, toujours dans le même but. En 1888, il fait tout casser et tout détruire dans sa propriété. En 1889, il fait couper ses beaux fraisiers et ses plus belles fleurs. Il s'est attaqué particulièrement aux fraisiers parce qu'il voulait lui démontrer par là qu'il l'adore et qu'il veut la posséder. C'est lui encore qui la réduit en effet à la dernière des misères. Sa propriété est vendue, elle manque de faire tout cela en fait par le marquis. En qualité de veuve de médecin, elle est secourue par l'« Association des médecins de la Seine ». Elle s'installe dans un hôtel bergne de la rue de l'Echiquier. Là, le marquis lui démontre par toutes sortes de moyens qu'il l'aime ; il fait venir dans cet hôtel une société d'Arabes chargés de faire un tapage infernal, de lui montrer par les fenêtres et la porte entrebâillée les parties obscènes du corps, de l'insulter en l'appelant « chameau, charogne ». Elle supporte tout cela héroïquement parce qu'elle est « la femme la plus honnête de France ». Ce sont les *interprétations délirantes*. Elle fait toujours « l'extrême bien », elle chante admirablement bien, elle est très intelligente. Elle récite comme Sarah Bernhardt, elle connaît à fond l'astronomie, la psychologie, la tératologie, l'agronomie. Elle est inventeur. Fatiguée d'énumérer tout ce qu'elle sait, elle ajoute : *Enfin je suis « moi »*. Depuis qu'elle est à Saint-Anne (son placement dans

l'asile est considéré par elle comme un nouvel avertissement du marquis), elle commence par comprendre que M. de G..., ne la laissera tranquille que si elle consent à devenir sa maîtresse. Aussi, dans ses dernières lettres au marquis (à qui elle adresse tous les jours des kilomètres de prose et de vers), elle exprime le désir d'aller à lui, elle cède avec l'espoir que le marquis étant déjà très âgé (il doit avoir d'après ses calculs, près de 80 ans), il n'y aura pour sa vertu aucun danger réel... Pas de troubles de la sensibilité générale.

Les facultés intellectuelles, sont bien conservées. La mémoire est excellente, la conversation est animée, par moments spirituelle.

L'état physique est bon, étant donné son âge. Un léger degré d'artério-sclérose. L'examen de l'appareil visuel démontre son intégrité complète. De même, pour tous les autres appareils et organes. Urines normales.

Force musculaire intacte.

Réflexes conservés.

Actuellement, la malade raconte encore son délire, répond assez correctement aux interrogations, est parfaitement lucide calcule bien et garde une mémoire assez exacte.

Pourtant, son attitude, les vers plus ou moins mirlitonnesques dont elle abreuve quotidiennement tous ceux qui l'entourent, les cadeaux plus ou moins ridicules qu'elle adresse aux médecins qui la soignent (elle a brodé pour eux d'in-vraisemblables calottes), toute sa conduite, en un mot, marque un affaiblissement, non peut-être global, mais certain, des facultés intellectuelles.

CONCLUSIONS

1° Il existe tout une classe « de délirants chroniques systématisés » (paranoïaques des Allemands) qui gardent « pendant très longtemps » l'activité intellectuelle qu'ils avaient antérieurement à l'apparition de leur délire.

2° La question de savoir si ces malades perdent cette activité intellectuelle, au bout d'un temps plus ou moins long, a été diversement résolue par les auteurs.

3° L'évolution naturelle de l'affection tend vers l'affaiblissement des facultés. Mais, à cet égard, on peut distinguer 3 degrés :

A. — Certains malades aboutissent rapidement à la démence ; ce sont généralement ceux dont l'hérédité est très chargée ;

B. — Un assez grand nombre de délirants systématisés gardent, après 20 et 30 ans d'internement, une mémoire assez fidèle, une lucidité encore notable, et une association des idées assez riche, alors même que marquée au coin de la démence.

C. — Enfin un petit nombre, d'après les auteurs

allemands, garderaient leur délire toujours aussi bien organisé et des facultés logiques toujours intactes (folie raisonnante, manie processive, paranoïa pure de Kræpelin).

4° D'une manière générale, à mesure que se produit l'état démentiel, le délire systématisé se désorganise.

Vu : le Président de la thèse,

JOFFROY

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Annales médico-psychologiques. Mars, 1887.
- AMADEI ET TONNINI. — La paranoïa, e le sue forme (Archivio italiano per la malathie nervose. Milano, 1883-89).
- BALLET. — Traité des mal. ment.
- DAGONET (D.-H.). — Traité des mal. ment. par le Dr H. Dagonet avec la collaboration de J. Dagonet, G. Duhamel. Janv. 1894, Paris,
- DERICQ. — De la coexistence des pens. délir. d'origine différentes ou de plus. intoxications chez les mêmes aliénés. Thèse de Paris, 1886.
- FOVILLE. — Etude clinique de la fol. avec prédominance du dél. des grandeurs. Paris, 1871.
- FALRET. — Soc. médico-psychol. de Paris, 25 juin 1888. (Ann. méd.-psych., septembre 1888).
- GEORGET. — De la folie.
- GUISLAIN. — Leçons cliniques sur les mal. ment. Bruxelles.
- GÉRENTE. — Considérat. sur l'évol. du dél. dans les vésanies. Thèse, 1883.
- GARNIER. — Des idées de grandeur dans le délire de persécution. Paris, 1877.
- HOCHE. — Handbuch der gericht lieben. Pathologie Berlin, 1901.
- KRÆPELIN. — Psychiatrie, dritte Auflage. Leipzig, 1889.

KRAFFT-EBING. — Lehrbuch der psychiâtrie 5 Aufl. Stuttgart.

KRAFFT-EBING. — Psychiâtrie, trad. fr. Emile Laurent. Paris. Malonie.

LASÈGUE. — Des délires de persécution. Arch. Génér. de médecine, févr. 1852.

LEGRAND DU SAULLE. — Délire de persécution, 1871.

MAGNAN et SÉRIEUX. — Délire chronique, bibl. Léauté.

MAGNAN. — Leçons cliniques sur les mal. ment. faites à l'asile Sainte-Anne (Gaz. médic. de Paris 1877).

MOREL (B. A.). — Traité des mal. mentales, 1860.

MORSELLI et BUCCOLA. — Contributo clinico alla dotrina della pazzia sistematizzata primitiva. Torino, 1883.

ROSENBACH. — Contrib. à l'étude de quelques formes aiguës d'aliénation mentale et de leurs rapports avec la paranoïa Arch. méd. psych. 1891.

SCHULE. — Traité clinique des mal. mentales, 3^m• édit. Trad. fr. de M.M. Duhamel et J. Dagonet, Paris, 1888.

SÉGLAS. — Traité des mal. mentales.

SPIELMANN. — Traité du diagnostic des mal. ment. 1855.
Traité de méd. Bouchard-Brissaud. 6, v.

WERNER (C. D^r). — Die Paranoïa, Stuttgart. 1891.

WEYGANDT. — Mal. ment. Trad. franç. Roubinovitch.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	9
PREMIÈRE PARTIE.	13
CHAP. I. — LA DÉMENGE	13
CHAP. II. — DÉLIRES SYSTÉMATISÉS. PARANOÏA ET	
ÉTATS PARANOÏDES	19
1. La Paranoïa, d'après Krafft-Ebing	23
2. Le Délire chronique, d'après Magnan.	31
3. La Paranoïa et la Démence paranoïde d'après	
Kræpelin.	38
4. Opinion de M. le professeur Joffroy	43
DEUXIÈME PARTIE. — Conservation de l'intelli-	
gence chez les délirants chroniques systémati-	
sés (Rapports de la Paranoïa et de la Démence).	45
TROISIÈME PARTIE. — Observations cliniques.	59
CONCLUSIONS.	75
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	77

